

**確認申出書**  
**【市川市在宅療養支援事業】**

年 月 日

市川市長

申出人 住所

氏名

在宅療養支援事業補助金を申請したいので、市川市在宅療養支援事業補助金に関する事務処理要領第2条第1項の規定により、関係書類を添えて確認を申出ます。  
また、下記の事項について確認し、同意します。

- 市が事業の実施に必要な住民基本台帳に記載された情報を閲覧すること
- 必要がある場合に、市が関係機関等へ照会を行うこと
- 補助対象者はがんの治癒を目的とした治療を行っていないこと

<b>補 助 対 象 者  (甲)</b>	フリガナ		生 年 月 日	電 話 番 号 (日中連絡の取れるもの)	
	氏 名				
			西 曆	年 月 日	( )
	住所	〒 市川市			
	メールアドレス				
	生活保護受給の有無			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
障害者総合支援法による給付 又は小児慢性特定疾病医療費支給認定の有無			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請中

甲は乙に市川市若年がん患者在宅療養支援事業補助金の申請、請求及び受領に関する権限を委任します。

<b>受 任 者  (乙)</b>	上記委任の件について、承諾しました。 年 月 日				
	フリガナ		生 年 月 日	電 話 番 号	
	氏 名				
			西 曆	年 月 日	( )
	住所	〒			

**【添付が必要な書類】**

- 医師の意見書
- 生活保護受給証明書（生活保護受給者の方）